

Gemeinsame Stellungnahme

der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt aus den Bereichen der Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

zum

Referentenentwurf

des „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung von psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen (PsychVVG)“

für die

Anhörung

im Bundesministerium für Gesundheit

in Bonn am 17. Juni 2016

Die vorliegende Stellungnahme stellt die gemeinsamen Standpunkte der unterzeichnenden Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände dar. Darüber hinaus gehende konkrete Änderungsvorschläge erfolgen für die genannte Anhörung sowie im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens durch die jeweiligen Fachgesellschaften und Verbände unmittelbar.

1 Der Referentenentwurf

Der vorliegende Referentenentwurf des PsychVVG regelt Fragen im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung in den Fachgebieten der Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Der Gesetzesentwurf soll die am 18. Februar 2016 durch das Bundesministerium für Gesundheit sowie die Fraktionen der CDU/CSU und der SPD vorgelegten „Eckpunkte“ in eine gesetzliche Vorschrift umsetzen.

Ziel des Gesetzesentwurfs ist es, die sektorenübergreifende Behandlung in der psychiatrischen Versorgung zu fördern sowie die Transparenz und die Leistungsorientierung der Vergütung zu verbessern. Dazu sollen die Rahmenbedingungen für die Anwendung eines pauschalierenden Entgeltsystems für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen (Psych-Entgeltsystem) weiterentwickelt und leistungsbezogene sowie strukturelle Besonderheiten für die Budgetfindung berücksichtigt werden.

An dem Ziel der Leistungsorientierung der Vergütung und der verbesserten Transparenz über das Leistungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen soll festgehalten werden.

Die bislang vorgesehene schematische Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt. Die Verhandlungskompetenz der Vertragsparteien vor Ort soll gestärkt werden.

Zur Erreichung dieser Ziele soll das Entgeltsystems als Budgetsystem ausgestaltet, ein leistungsbezogener Vergleich von Krankenhäusern als Transparenzinstrument eingeführt, verbindliche Mindestanforderungen zur Personalausstattung entwickelt sowie die sektorenübergreifende Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld gestärkt werden.

Durch das geplante Gesetz werden das Krankenhausfinanzierungsgesetz (Art. 1), die Bundespflegeverordnung (Art. 2), das Krankenhausentgeltgesetz (Art. 3), das SGB V (Art. 4) sowie das Psych-Entgeltgesetz (Art. 5) geändert.

Der Gesetzentwurf basiert insbesondere auch auf den von den Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden vorgelegten Konzepten und Stellungnahmen vom September 2015 und März 2016.

2 Notwendigkeit der gesetzlichen Regelung

Die Notwendigkeit, ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie vorzulegen, ist gegeben. Die aktuelle Versorgungs- und Vergütungssituation berücksichtigt aus strukturellen und finanziellen Gründen nicht ausreichend die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Das zukünftige Versorgungssystem muss verstärkt auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet sein, längerfristige Behandlungskonstanz gewährleisten, flexible und sektorenübergreifende Behandlungsformen ermöglichen und innovative Versorgungsformen fördern.

Ebenso ist ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Vergütung für Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie dringend erforderlich. Die für eine adäquate Versorgung notwendigen Ressourcen müssen nachhaltig sichergestellt werden und die medizinische Entwicklung der letzten Jahrzehnte muss adäquat abgebildet werden. Die Regelungen der Psychiatrie-Personalverordnung bilden die veränderten Rahmenbedingungen nicht mehr adäquat ab. Das aktuell noch in Entwicklung befindliche Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-System) setzt in seiner Ausgestaltung als Preissystem die falschen Anreize und führt zum Entzug dringend benötigter Ressourcen aus dem Versorgungssystem. Dessen Einführung hätte die Versorgung psychisch kranker Menschen massiv verschlechtert und das psychiatrisch-psychosomatische Versorgungssystem existenziell gefährdet.

Zur Sicherstellung der ordnungspolitischen und normativen Rahmenbedingungen ist eine geeignete gesetzliche Grundlage gefordert.

Dabei werden gesetzliche Vorgaben benötigt, die sicherstellen, dass die zukünftige Versorgung und Vergütung im Wesentlichen folgenden Prinzipien folgt:

- Durchgängige Ausgestaltung als Budgetsystem
- Sicherstellung der aktuell und zukünftig erforderlichen personellen und strukturellen Ressourcen
- Transparenz von erforderlichem Aufwand, erbrachten Leistungen und strukturellen Besonderheiten
- Schaffung von Behandlungsmöglichkeiten, die flexibel und geeignet sind, stationäre Behandlung zu ersetzen bzw. zu ergänzen.

3 Grundsätzlicher Änderungsbedarf

Die Ziele des Referentenentwurfes sind grundsätzlich geeignet, zur Weiterentwicklung der Versorgung in den genannten Fächern beizutragen. Es werden wichtige Weichenstellungen getroffen, wodurch wesentliche Aspekte des aktuell in der Entwicklung befindlichen Entgeltsystems abgelöst und die Behandlungsmöglichkeiten erweitert werden sollen.

Der Gesetzesentwurf nimmt grundsätzlich die wesentlichen Forderungen der Fachgesellschaften und Verbände auf. Er benennt die wesentlichen Aspekte, die in den Eckpunkten vom 18. Februar 2016 aufgeführt sind, als Ziele des Entwurfes. Damit trägt der Gesetzesentwurf der Anforderung Rechnung, dass das Versorgungs- und Vergütungssystem grundsätzlich weiterentwickelt werden muss und dass die bisher vorgesehenen Regelungen des PEPP-Systems diesen Zielen nicht entsprechen.

Diese Grundausrichtung wird durch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände begrüßt.

Der Gesetzesentwurf bleibt jedoch in der Ausgestaltung hinter den Vorschlägen und Forderungen der Verbände zurück. Gemessen an diesen Anforderungen und den genannten Zielen weist der vorgelegte Referentenentwurf gravierende Probleme in Form von unklaren und inkonsistenten Formulierungen, in sich widersprüchlichen Bestimmungen und lückenhaften Regelungen auf. Diese Problembereiche erfordern umfassende Änderungen, Klarstellungen und Erweiterungen der vorgeschlagenen gesetzlichen Bestimmungen.

Die im Folgenden konkret benannten Problembereiche sind dazu geeignet, dass die formulierten Ziele des Gesetzes in wesentlichen Aspekten nicht erreicht werden können bzw. dass bei einzelnen Bestimmungen die Gefahr besteht, dass die benannten Ziele in ihr Gegenteil verkehrt werden.

Insbesondere besteht in den folgenden Bereichen gravierender Änderungsbedarf:

- Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Eindeutige und durchgängige Trennung zwischen Budgetfindung und Abrechnung
- Sicherstellung der Finanzierung der erforderlichen Personalressourcen
- Definition und Durchführung eines Krankenhausvergleichs
- Nachweisverpflichtung
- Definition und Umsetzung stationsäquivalenter Leistungen

4 Spezieller Änderungsbedarf

In den folgenden Bereichen besteht spezieller Änderungsbedarf.

4.1 Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die wesentliche Grundlage und ein zentrales Ziel der Weiterentwicklung des Versorgungssystems. In den Regelungen, die das Krankenhausentgeltsystem insgesamt betreffen sowie in einigen anderen Bereichen ist deshalb festzulegen, dass diese besonderen Bedürfnisse zwingend zu berücksichtigen sind.

Die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen und Erkrankungen muss in die Bestimmungen mit einbezogen werden.

Ebenfalls muss sichergestellt sein, dass die unterschiedlichen strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen in der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Psychosomatik – insbesondere auch bei Berechnung von landes- oder bundesweiten Kennzahlen – berücksichtigt werden. Dies gilt auch für die Besonderheiten der universitären Medizin.

4.2 Eindeutige und durchgängige Trennung von Budgetfindung und Abrechnung

Der Gesetzentwurf beschreibt das zukünftige Finanzierungssystem als ein Budgetsystem und grenzt es von einem Preissystem ab. Die grundlegende Voraussetzung dafür ist eine durchgängige und eindeutige Trennung von Budgetfindung und Abrechnung. Diese Trennung ist in dem Gesetzentwurf nicht konsistent und widerspruchsfrei umgesetzt. Die Regelungen zur Budgetfindung sind nicht in ausreichendem Maß geeignet, den erforderlichen und durch den Gesetzentwurf vorgegebenen Wechsel von einem Preissystem in ein Budgetsystem sicherzustellen und umzusetzen.

Die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Regelungen zur Budgetfindung stellen in erheblichem Maß auf eine (empirische) Kalkulation ab, wie sie im Rahmen des PEPP-Systems durchgeführt wurde und die an den Prinzipien eines Preissystems orientiert ist.

Eine Budgetfindung auf der Basis von Ergebnissen dieser Kalkulation wäre systemwidrig. Die Regelungen zur Budgetfindung müssen einen normativen Aspekt beinhalten.

Die Regelungen zur Budgetfindung müssen deshalb dahingehend ergänzt bzw. ersetzt werden, dass alleine der erforderliche Aufwand zur Diagnostik und Behandlung gemäß dem daraus resultierenden (quantitativen und qualitativen) Personalbedarf sowie die krankenhausindividuellen leistungsbezogenen und strukturellen Besonderheiten die entscheidenden Bestandteile des zu vereinbarenden Budgets darstellen. Parameter, die auf einer „empirischen Kalkulation“ durch das InEK basieren, beziehen sich auf das bisherige PEPP-System und sind für den Zweck der Budgetfindung im Rahmen eines Budgetsystems grundsätzlich nicht geeignet. Ebenfalls sind zum Zwecke der Budgetfindung durch Relativgewichte bewertete Leistungen nicht heranzuziehen.

Die Kalkulation von Leistungen und die Bewertung in Form von Relativgewichten wird allenfalls auf der Abrechnungsebene dazu benötigt, eine krankenhausindividuelle Abrechnungsgröße zu bestimmen. Die Realisierung des vereinbarten krankenhausindividuellen Budgets geschieht in einem Budgetsystem durch Abschlagszahlungen auf das Budget, die sich aus Art und Menge der vereinbarten Leistungen sowie der jeweiligen krankenhausindividuellen Abrechnungsgröße ergeben.

Die vorgeschlagenen Regelungen bzgl. einer (vereinbarten) Überschreitung des Veränderungswertes bzw. des bestehenden Gesamtbetrags führen nicht zu einer an Art, Menge und Qualität der Leistung angepassten Vergütung, sondern stehen in der Gefahr, in der Konsequenz zu einer Reduzierung der verfügbaren Ressourcen im Versorgungssystem beizutragen.

Es hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass die prospektiv kalkulierten Leistungen nach Art und Menge in den Psych-Fächern nicht in jedem Fall ausreichend zuverlässig abgeschätzt werden können. Insbesondere der demografische Faktor, ein verändertes (und veränderliches) Inanspruchnahmeverhalten und die Entwicklung neuer Versorgungsformen führen zu Differenzen zwischen den prospektiv vereinbarten Budgetwerten und den (retrospektiv) erzielten Erlösen. Insbesondere ein erforderlicher Mehraufwand und daraus resultierende Mehrerlöse sind nicht ausreichend in den Regelungen zum Mehrerlösausgleich berücksichtigt. Die hier vorgeschlagenen Regelungen orientieren sich an den Fächern der somatischen Medizin, die jedoch ein anderes Verhältnis von fixen zu variablen Kosten aufweisen.

4.3 Sicherstellung der Finanzierung der erforderlichen Personalressourcen

Es ist zu begrüßen, dass der Referentenentwurf die Entwicklung von verbindlichen Mindeststandards für die Personalausstattung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgibt. Diese sollen ab 2020 vorliegen. Die bisherigen Erfahrungen mit der Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung haben jedoch gezeigt, dass eine (erforderliche) Ausfinanzierung der Personalkosten durch die Kostenträger auf Basis der tatsächlich anfallenden Personalkosten nur dann umgesetzt wird, wenn dies auch so gesetzlich eindeutig vorgegeben wird. Eindeutige Regelungen dazu sind jedoch bisher im Gesetzestext nicht vorhanden. Unmissverständliche und für alle Beteiligten verbindliche Vorgaben sind dazu erforderlich.

Die erforderlichen Personalressourcen müssen aufgabenbezogen qualitativ und quantitativ festgelegt werden. Erforderlichenfalls sind hier normative Vorgaben zur Sicherstellung der erforderlichen Qualität zu machen.

Eine umfassende und verbindliche Finanzierung läuft ohne eine vollständige Refinanzierung von tariflich bedingten Personalkosten-Steigerungen nicht nur ins Leere, sondern führt zu einer schrittweisen Aushöhlung dieser Vorschrift.

In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass die durch veränderten regionalen Aufwand, verändertes Inanspruchnahmeverhalten, verbesserte Behandlungsmöglichkeiten, Orientierung an aktuellen Qualitätskriterien und fehlende Anpassungsmöglichkeiten im Rahmen der PsychPV entstandenen Defizite in der Finanzierung deutlich höher anzusetzen sind, als dies durch das Bundesministerium für Gesundheit in seiner Abschätzung der erwarteten Kostensteigerungen dargestellt wird. Gleichzeitig wird das im Referentenentwurf beschriebene Potential für Einsparungen aufgrund von erforderlichen strukturellen Anpassungen nicht so umsetzbar sein wie angenommen.

4.4 Krankenhausvergleich

Ein Krankenhausvergleich erscheint als Orientierungsgrundlage grundsätzlich geeignet, den Aufwand und die Konzepte der Leistungserbringung vergleichend zu erfassen und damit Transparenz für den Aufwand und die erbrachten Leistungen herbeizuführen. Dabei ist jedoch durchgehend darauf zu achten, dass es sich nicht primär um einen Vergleich von Kostendaten (Krankenhaus-Betriebsvergleich) handelt, sondern um den Vergleich von Kennzahlen, die für die krankhausindividuellen Budgetverhandlungen einen Orientierungs-Rahmen bilden können. Insofern wird ein Krankenhausvergleich nicht als eine Grundlage für die Budgetfindung, sondern als Orientierung für die Verhandlungspartner vor Ort gesehen.

Ein Krankenhausvergleich muss auch eindeutig von einer Kalkulation, wie sie im Rahmen von Preissystemen durchgeführt wird, abgegrenzt werden. Es ist in keiner Weise zielführend, die im Rahmen des Krankenhaus-Vergleiches erhobenen Daten als Mittelwerte vorzugeben und die krankhausindividuellen Verhandlungsergebnisse daran zu bewerten. Es ist vielmehr im Rahmen eines Budgetsystems erforderlich, durch die erhobenen Vergleichs-Daten einen Korridor zu beschreiben, der den Beteiligten vor Ort Orientierung für die Verhandlung geben kann.

Diejenigen Krankenhäuser, die im Rahmen des Krankenhausvergleiches Daten liefern, müssen geeignet sein, das Leistungsgeschehen auf der Basis einer 100-prozentigen Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung adäquat abzubilden.

Die Verwendung von Durchschnittswerten aus den Budgetvereinbarungen im Sinne einer Kalkulation von Kosten würden zu einer primär abwärts gerichteten Konvergenz-Problematik der Krankenhäuser führen, die nach den Zielen und auch dem Wortlaut des Gesetzes ausgeschlossen sein soll.

Die Problematik der in weiten Teilen fehlenden Investitionsfinanzierung durch die Länder ist auch bei dem Krankenhausvergleich ausreichend zu berücksichtigen.

4.5 Nachweisverpflichtung

Das grundsätzliche Prinzip, dass die im Rahmen der Budgetverhandlung vereinbarten Mittel auch für den vereinbarten Zweck – also die adäquate psychiatrisch-psychosomatische Versorgung – eingesetzt werden müssen, und dass die Verpflichtung des Krankenhausträgers besteht, dies in geeigneter Weise zu belegen, wird grundsätzlich unterstützt.

Allerdings erfordert diese Verpflichtung unabdingbar die Erfüllung von Voraussetzungen, die im vorliegenden Entwurf weder in inhaltlicher noch in zeitlicher Hinsicht gegeben sind und die durch die jetzt vorgeschlagenen Bestimmungen auch nicht herbeigeführt werden können.

Nachweispflichten sind insbesondere nur mit der Ausfinanzierung der Personalvorgaben und des medizinisch leistungsgerechten Budgets vereinbar.

4.6 Definition und Umsetzung stationsäquivalenter Leistungen

Die Möglichkeit, dass von Krankenhäusern zukünftig (stationsäquivalente) Leistungen außerhalb des Krankenhauses erbracht werden können, wenn dies therapeutisch erforderlich und sinnvoll ist, und dadurch gleichzeitig stationäre Behandlungen ersetzt oder ergänzt werden können, wird durch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände begrüßt. Wenn diese Leistungen als eine weitere Behandlungsmöglichkeit im Rahmen einer sinnvoll abgestuften Behandlung definiert werden, wird dies zu einer Verbesserung im Sinne der Menschen mit psychischen Erkrankungen führen.

Dies kann aber nur gelten, wenn dieses Behandlungsinstrument nach Art und Ausgestaltung ausreichend flexibel gestaltet ist. Eine Behandlung im häuslichen Umfeld kann zwar die im Wesentlichen gleiche Komplexität wie eine stationäre Behandlung aufweisen, wird sich aber trotzdem in Dauer und Intensität davon unterscheiden müssen. Wäre dies nicht der Fall, so wäre ein solches Behandlungsinstrument auch nicht erforderlich.

Die Bestimmungen bzgl. der stationsäquivalenten Leistungen müssen so gestaltet werden, dass für die Krankenhäuser eine wirtschaftliche Leistungserbringung möglich ist. Dies gilt auch für die Bestimmungen bzgl. einer durchgehenden Behandlungsbereitschaft. Anderenfalls wird dies dazu führen, dass die entsprechenden Leistungen nicht erbracht werden können.

Stationsäquivalente Leistungen haben eine eigenständige Indikation gegenüber den anderen Behandlungsformen bzw. Behandlungssettings. Sie sind jedoch keinesfalls gegenüber stationären oder teilstationären als vor- oder nachgeordnete Behandlungsmaßnahmen zu sehen, sondern werden in relevantem Umfang für Patienten eingesetzt werden, die von den bisherigen Behandlungsformen nicht profitieren konnten.

Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften werden dem gesetzlichen Auftrag, gemeinsam mit den Partnern der Selbstverwaltung konkrete Kriterien für Indikation und Organisation sowie verbindliche Qualitätsstandards zu entwickeln, nachkommen.

Gez.

Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte psychiatrischer und psychotherapeutischer Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA)

Arbeitskreis der Krankenhausleitungen Psychiatrischer Kliniken Deutschlands (AKP)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP)

Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Mitarbeiter/innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen

Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser

Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)

Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK)

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)

Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken (DATPPP)

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS)

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB)

Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE)

Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie (LIPPs)

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Fachgruppe Psychiatrie (VKD)

Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)

Reinhardtstraße 27 B

D-10117 Berlin

Tel.: 030-240 477 20

Fax: 030-240 477 229

E-Mail: sekretariat@dgppn.de